

11/24/2004

Семье:

ОТНОСИТЕЛЬНО:

Уважаемая семья!

Данное письмо является ответом на ваш запрос о предоставлении вам услуг по поддержке семьи Отделом помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (Division of Developmental Disabilities, DDD) на период обслуживания, начавшийся **1 июля 2004 г.**

1 апреля 2004 г. отдел DDD получил федеральное одобрение на реализацию четырех исключительных программ Услуг, предоставляемых на дому и по месту проживания (Home and Community Based Services, KHCBS). Они пришли на смену ранее существовавшей исключительной программе CAP. Член вашей семьи получил право на участие в одной из четырех исключительных программ, в рамках которой он будет продолжать получать услуги. Вы сохраните право на получение услуг по поддержке семьи в соответствии с утвержденным решением, приведенным ниже, **пока не будет составлен ваш План обслуживания (Plan of Care, POC)**. Дата составления вашего Плана обслуживания будет считаться новой датой отсчета участия в программе.

К апрелю 2005 г. я назначу встречу с вами для составления Плана обслуживания для члена вашей семьи, в котором будет указано, каким образом новые исключительные программы будут удовлетворять ваши потребности в поддержке. После вступления в силу нового Плана обслуживания произойдет ряд изменений в существующей процедуре одобрения услуг по поддержке семьи.

- Главное изменение заключается в том, что согласно федеральным правилам, оплата за любые услуги должна направляться непосредственно их поставщику. Возмещение стоимости услуг семьям осуществляться больше не будет.
- Несмотря на ряд изменений, новые исключительные программы продолжают обеспечивать услуги по предоставлению отдыха семьи, различные виды терапии и иные услуги, существующие в рамках действующей Программы по поддержке семьи.
- Если вы получаете дополнительные выплаты штата (SSP), ваше участие в новых исключительных программах не влияет на получение вами выплат SSP от отдела DDD, и вы будете пользоваться этой финансовой помощью до тех пор, пока член вашей семьи будет сохранять свое право на дополнительную социальную помощь (SSI).

При определении текущего объема необходимых вам услуг, мы учитывали:

- Ваш запрос на получение услуг по поддержке семьи.
- Правила Программы поддержки семьи отдела DDD.
- Денежные средства на Программу поддержки семьи, имеющиеся в распоряжении отдела DDD.

Мы приняли следующее решение:

- (1) Уровень вашей потребности в услугах: \_\_\_\_\_
- (2) Согласно правилам Программы поддержки семьи, ваша семья имеет право на следующий объем услуг: \_\_\_\_\_

Просим вас ознакомиться с прилагаемыми инструкциями, поясняющими принципы использования денежных средств Программы поддержки семьи. **ПРИМЕЧАНИЕ: Эти принципы применяются только до составления вашего Плана обслуживания.** Если у вас есть вопросы, пожалуйста, свяжитесь с вашим Менеджером, ведущим дело/Распорядителем ресурсов.

1. Если вы НЕ получаете дополнительные выплаты штата (SSP), то чтобы отдел DDD оплатил услуги с гибким финансированием, ваш менеджер, ведущий дело, должен одобрить их **ДО НАЧАЛА ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ**.
2. Как можно быстрее заполните и вышлите обратно один экземпляр прилагаемого Плана по поддержке семьи и Журнала оказания услуг.
3. Сохраните второй экземпляр для личного архива.

Вы можете менять объем и вид услуг каждый месяц, при условии, что общая сумма, выплачиваемая отделом DDD за двенадцатимесячный период, не превышает сумму, указанную во 2 строке.

Если вы полагаете, что наши решения относительно вашего запроса на получение услуг по поддержке семьи неверны или если у вас есть дополнительная информация, которая, на ваш взгляд, может повлиять на информацию, указанную в строках (1) и (2), напишите Региона местного отделения по предоставлению услуг отдела DDD для повторного рассмотрения вашего запроса и пересмотра нашего решения. Пожалуйста, адресуйте и отправьте это письмо до последнего рабочего дня текущего месяца.

Вы также можете подать ходатайство об обжаловании нашего решения по оценке уровня потребности вашей семьи в медицинских услугах или суммы финансирования, которая была утверждена отделом DDD. Ваше ходатайство об обжаловании должно быть представлено в письменной форме в течение 28 дней с момента получения данного уведомления. Управление по апелляциям (Office of Appeals) назначит беспристрастное слушание вашего дела. Отправьте ходатайство по следующему адресу:

Department of Social and Health Services  
Office of Administrative Hearing  
PO Box 42489  
Olympia WA 98504-2489

Если у вас есть вопросы, звоните по телефону .

С уважением,

Менеджер, ведущий дело/Распорядитель ресурсов  
Отдел помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития

Приложения: Статья WAC 388-825

Журнал оказания услуг, Планы поддержки семьи (заполните один экземпляр и отошлите обратно)

Журнал оказания услуг, Планы поддержки семьи (заполните второй экземпляр и оставьте у себя для личного архива)

Конверт для ответа

Копия: в архив